1997, Vol. 4, N° 16, pages 19 à 28 © S.N.A.P.E.I.

Etude de l'image du corps chez les sujets ayant un handicap moteur dans l'épreuve projective du Rorschach*

*Lambros Stavrou**
*Dimitris Sarris**

L'intérêt de cet article porte sur l'étude de l'image corporelle chez les sujets ayant un handicap moteur. Nous étudions plus particulièrement les protocoles expérimentaux établis à partir du test projectif de Rorschach de douze (12) sujets handicapés moteurs afin de déterminer les éventuelles spécificités de l'image corporelle chez ces personnes.
Nous nous donnons pour objectif de vérifier si la représentation imaginaire, telle qu'elle émane du Rorschach, que les personnes handicapées se font de leur corps peut subir des distorsions en raison de la déficience physique. Plus précisément quelles peuvent être les particularités :
- *de la construction de l'image corporelle chez le sujet handicapé moteur quand le handicap survient à la toute petite enfance ;*
- *de la perception du corps en tant qu'entité chez le sujet handicapé moteur :*
  - *l'existence du handicap amène-t-elle le sujet à donner des réponses au Rorschach faisant preuve d'une certaine sensibilisation aux parties touchées ;*
  - *le sujet handicapé moteur, donne-t-il, à travers les réponses au Rorschach, une image globale de lui-même ou devient-il sujet d'un morcellement de son image corporelle ?*

Le domaine du handicap physique reste peu exploré. Il semblerait cependant que les possibilités matérielles (législation favorisant le travail et l'insertion des personnes handicapés physiques, aménagement des locaux, etc.) s'améliorent et ouvrent de nouvelles voies pour l'adaptation des sujets handicapés (Dague, 1964 ; Oleron et coll, 1981 ; Mohallem, 1994, Gardou, 1995).

Dans cet article nous entreprenons l'approche du handicap survenu dans les premières années de la vie.

Notre problématique s'articule autour des questions suivantes :
- le handicap physique entraîne-t-il un désinvestissement de la réalité extérieure chez le sujet handicapé physique ?
- quelles répercussions l'infirmité corporelle- physique entraîne-t-elle sur le développement de la personnalité ?
- le sujet handicapé physique parvient-il à la structuration d'une image globale de lui-même ou devient-il sujet d'un morcellement de son image corporelle ?

Nous émettons l'hypothèse que le handicap moteur apparaissant soit à la naissance, soit pendant la toute petite enfance, durant la période de construction de l'image corporelle - stade du miroir - accentue la différence tant morphologique que psychologique, entre le sujet handicapé et le sujet valide. Dans le cas de handicap survenu à l'âge adulte nous supposons

* Laboratoire d'Education Spéciale et Curative - Université de Ioannina - 45110 Ioannina - Grèce.

que le sujet handicapé moteur, du fait d'avoir des acquis antérieurs, possède et, de ce fait conserve, une image du corps stable et bien structurée.

Pourquoi étudier l'image corporelle chez les sujets adultes ayant un handicap moteur ?

Parce que les fonctions physiques, intellectuelles et psychiques ne se stabilisent qu'à l'âge adulte, notre choix de la population porte sur les sujets handicapés moteurs adultes : ceci dans le but d'éviter l'éventuel parasitage de variables telles que la spécificité du psychisme de l'adolescent, les difficultés du jeune sujet handicapé à reconnaître et, par la suite, à assumer sa condition d'handicapé (Anzieu, 1983 ; Sami-Ali, 1990) etc.

Parmi les outils cliniques qui permettent d'étudier la projection de l'image corporelle chez le sujet handicapé physique l'épreuve projective du Rorschach offre à celui-ci un espace vide qu'il peut habiter en y projetant sa propre image corporelle (Fisher et Chevalard, 1958 ; Rausch, 1984 ; Anzieu, 1983).

Compte tenu de la singularité que présentent les personnes avec un handicap moteur suite à leur déficience physique nous nous efforcerons d'étudier la projection de leur image corporelle à l'épreuve du Rorschach. En effet, la représentation imaginaire que le sujet handicapé moteur se fait de son corps subira des distorsions en raison de cette déficience physique.

Image corporelle et schéma corporel

Les concepts d'« image corporelle » et de « schéma corporel » sont souvent assimilés l'un à l'autre. Pour Schilder (1950), l'« image du corps » est l'image de notre corps, autrement dit, la façon dont notre corps nous apparaît à nous-mêmes.

L'image du corps serait le sentiment général de la présence et de l'existence du corps (Chabert, 1983 ; Sami-Ali, 1990), ce dernier étant en quelque sorte le résultat de la phase du développement appelée par Winnicott (1969) « personnalisation » durant laquelle se constitue une sorte de modèle idéal qui sert de cadre de référence au sujet l'aidant à pouvoir maintenir son unité et son originalité.

Comme le souligne Dolto (1984), si en principe pour tous les individus, le schéma corporel est de la même espèce, l'image du corps, en revanche, est propre à chacun : elle est liée au sujet et à son histoire.

Sami-Ali (1990) considère que l'image du corps est la synthèse vivante de nos expériences émotionnelles. Elle est limitée par l'espace ; ce dernier étant lui-même, défini par le corps qui en impose le cadre.

Le corps structure non seulement l'espace, en fixant les barrières entre le dedans et le dehors, mais aussi les objets. La motricité permet à l'enfant d'explorer les objets, de les manipuler et d'en nouer des relations (Tardieu, 1967 ; Mittler, 1973 ; Stavrou, 1995).

L'image du corps possède une base, un fond physiologique qui subit l'empreinte de la vie psychique. Elle est la résultante de l'action de trois éléments : les pulsions libidinales et émotionnelles, le modèle postural et les relations interpersonnelles. Cette image correspond en quelque sorte, à la façon dont le sujet appréhende le monde postural (Cady, 1988 ; Sami-Ali, 1990).

Le concept de schéma corporel correspondant à la conscience de l'unité du corps, revêt un sens plus précis que celui de l'image. Le schéma corporel réalise la synthèse des impressions thermiques, tactiles et pulsionnelles provenant du corps dans sa totalité (Schilder, 1958 ; Acredolo et Evans, 1980).

Le schéma corporel précède l'image du corps

dont l'élaboration s'achève dans l'expérience du miroir (Gibello, 1984). La perception du corps lui-même renvoie aux premières expériences de l'enfant avec sa mère. L'espace étant à l'origine une surface sans profondeur, l'enfant ne peut accéder à un espace tridimensionnel que s'il peut établir une distance entre lui et l'autre. Ce passage, selon Sami-Ali (1990), se réalise à partir du moment où l'enfant se rend compte que ses fantasmes agressifs à l'égard de l'objet (la mère) ne le détruisent pas, et que cet objet est toujours source de satisfaction. L'expérience de l'image du corps est donc avant tout de l'ordre du corps. Celle-ci est commune au corps réel et à l'image spéculaire de celui-ci, permettant à l'enfant de se reconnaître dans son image reflétée par le miroir. La constitution et l'évolution tout au long de la vie de l'image du corps sont étroitement liées à la libido narcissique.

Schématiquement, nous pouvons distinguer au cours du développement libidinal :

- le corps de l'oralité où dominent les thèmes de morcellement, d'introjection et de projection,
- le corps de l'analité où l'enfant commence à élaborer la distinction entre le monde extérieur et le monde intérieur,
- le corps de la période phallique, période pendant laquelle l'enfant accède à l'identité sexuelle et achève l'unité émotionnelle du corps par l'intermédiaire de l'identification au parent du même sexe.

Pour Anzieu (1985) la peau fonctionne chez l'enfant comme une enveloppe. A partir d'expérience tactiles (Moi-Peau) l'enfant structure son moi qui constitue un sac retenant à l'intérieur le plein et le bon. Le corps sert de médiateur entre le sujet et le monde (Cady, 1988).

Si le handicap survient dans la première enfance il perturbe le développement affectif de l'individu. L'enfant handicapé peut difficilement s'affirmer du fait de ses troubles moteurs. L'infériorité de l'enfant par rapport à l'adulte peut aller jusqu'à un sentiment d'impuissance se traduisant par un abandon passif au monde environnant (Reynel, 1976 ; Tardieu, 1967).

Le handicap constitue une atteinte narcissique profonde. Les modifications corporelles vont provoquer un réajustement du modèle postural, réajustement qui est consécutif à la focalisation de l'attention du sujet sur la zone touchée (Hamonet, 1992 ; Chevrie, 1972). L'importance du handicap moteur sur la personnalité du sujet atteint et, notamment, sur son image corporelle dépend d'une part de l'âge du sujet au moment de la survenue du handicap et d'autre part tant des réactions de l'entourage face à cet événement que des conditions de vie de l'individu.

A l'âge adulte, la vie sexuelle et sentimentale du sujet peut être ou pas, perturbée. L'adulte handicapé physique bénéficie d'acquisitions antérieures, son développement intellectuel et affectif n'ayant pas eu à souffrir de troubles moteurs. Plus que l'enfant handicapé, l'adulte doit accepter cette nouvelle situation, se sentant impuissant et inférieur. Son attitude oscille souvent entre la dépression et le sentiment d'impuissance. L'adulte doit réapprendre les gestes les plus simples et les ajuster à ses nouvelles possibilités physiques réduites (Oleron, 1981 ; Goodenough, 1978 ; Bideaud et coll., 1980).

En effet, l'image perçue dans le miroir (issue tant du regard « extérieur » que du regard « intérieur ») n'est plus la même à cause de l'altération physique survenue. Comment le sujet handicapé moteur se reconnaît-il dans cette image qui lui est renvoyée ?

Le handicap physique

1. Définitions

Un sujet handicapé physique se voit de façon différente selon qu'il se situe face à des spécialistes, face à sa famille, face à lui-même ou face à d'autres handicapés.

L'infirmité motrice se définit comme étant une incapacité ou une difficulté à mouvoir un ou plusieurs membres. Son origine est soit une anomalie du système osseux, soit une atteinte du système nerveux, soit une amputation congénitale ou accidentelle.

Il y a trois origines physiologiques de handicap :

- Les malformations congénitales et les atteintes du système osseux,
- les atteintes du système nerveux central et périphérique,
- les atteintes du système musculaire.

1) Malformations congénitales et atteintes du système osseux :

- malformation congénitale de la hanche,
- pieds bots,
- amputations congénitales ou traumatiques.

2) 2.1. Atteintes du système nerveux central :

a) Chez l'enfant

- les infirmes moteurs cérébraux (I.M.C.),
- les hydrocéphales.

b) Chez l'adulte

- maladie de parkinson,
- paraplégies ou quadriplégies.

2.2. Atteintes du système nerveux périphérique :

- poliomyélite ou paralysie infantile,
- sclérose en plaques,
- maladie de Friedrich.

3) Atteintes du système musculaire :

- myopathie,
- myasthénie.

Dans notre travail, nous étudierons les protocoles du Rorchach des personnes handicapées souffrant de poliomyélite et de myopathie.

2. Approche du vécu du handicap par la famille

Il est généralement admis que la venue de l'enfant est précédée dans le discours parental d'un projet, d'une représentation qui lui donnent existence avant même sa conception.

Si l'enfant est handicapé, l'investissement du couple parental se perturbe. Face à cette situation le couple est amené soit à restructurer ses projets pour les adapter à la réalité du handicap, soit à continuer à vivre au niveau imaginaire et fantasmatique.

Quelle que soit la place qu'elle occupe dans la fratrie, la personne handicapée peut être à l'origine de sentiments divers : les frères et sœurs sont jaloux de l'attention que les parents lui portent. Si la personne handicapée est placée dans une institution spécialisée, la famille commence à se désintéresser et à organiser la vie familiale d'une façon différente.

Nous pouvons conclure que selon la place occupée par la personne handicapée dans la famille, la vie de celle-ci change pendant que s'établit un système de relations (affectives, sentimentales, psychiques) différentes.

Dans cette étude plusieurs questions sont étudiées :

- le handicap physique entraîne-t-il un désinvestissement de la réalité extérieure ?
- quelles sont les répercussions sur le développement de la personnalité que l'infirmité peut entraîner ?
- le sujet handicapé, parvient-il à une image globale de lui-même, ou devient-il sujet d'un morcellement de son image corporelle ?

L'objectif de cet article est de vérifier si la représentation imaginaire (telle qu'elle se présente à l'épreuve du Rorschach) que les handicapés physiques se font de leur corps peut subir des distorsions en raison de la déficience physique.

Méthodologie

1. L'outil clinique

Nous avons choisi comme outil clinique l'épreuve projective de Rorschach dans la perspective de Rausch et Boizou (1984) stipulant que dans cette épreuve, il n'y a pas projection du corps propre connu objet de l'activité cognitive, mais plutôt du corps vécu, objet et sujet de l'activité affective. Ce test nous paraît pouvoir rendre compte de la représentation imaginaire que le sujet se fait de son corps.

La non structuration du matériel invite le sujet à relâcher son contrôle conscient et à donner une interprétation verbale de ce qu'il perçoit.

La cotation du protocole du sujet s'effectue en trois étapes : le mode d'appréhension, les déterminants, les contenus (Beizman, 1974).

Nous supposons que les protocoles du Rorschach des personnes handicapées physiques du fait de leur activité réduite, comporteront plus de réponses kinesthésiques. Les préoccupations corporelles se traduisent au Rorschach par un nombre élevé de réponses anatomiques. Les réponses globales G traduiront le dépassement du morcellement, ou au contraire, les réponses Dd l'accentueront. A l'épreuve du Rorschach les altérations, si altérations il y en a, se manifesteront différemment selon que l'individu est handicapé depuis la toute première enfance ou qu'il le soit devenu à l'âge adulte.

Pour étudier les protocoles du Rorschach des personnes handicapées nous avons retenu les catégories suivantes :

- Les réponses G correspondent à un type d'appréhension de la tâche globale. Nous croyons que le sujet handicapé physique face au morcellement de la tâche donnera un grand nombre de réponses G pour dominer cette situation.
- Les réponses D expriment la recherche d'une adéquation entre le monde environnant et le monde intérieur du sujet.
- Les réponses Dd expriment l'attachement du sujet à des découpes de la tâche présentée. Nous croyons que la personne handicapée physique, par projection d'une image corporelle morcelée, donnera davantage de réponses Dd.
- Les réponses K témoignent d'une bonne maturité et du contrôle des affects. Nous supposons que le sujet handicapé physique donnera plus de réponses kinesthésiques pour compenser sa déficience physique.
- Les réponses F (Forme +, Forme -) expriment un effort de la part du sujet à camoufler son affectivité en intellectualisant ses réponses. Si le handicapé physique perçoit son image corporelle comme morcellée, nous attendons un pourcentage élevé de réponses F, supérieur à la normale (Beizman, 1974).
- Les réponses H ou Hd expriment la qualité de la relation entre le sujet et l'Autre. Le sujet handicapé étant donné la déficience de certains membres de son corps, et par conséquent sa sensibilisation par rapport à ceux-ci, donnera davantage de réponses Hd.

2. Population - Présentation clinique des sujets

La population de notre étude est composée de douze (12) personnes handicapées physiques (4 hommes et 8 femmes). Tous les sujets font partie d'une association de personnes handicapées physiques.

Les handicaps sont d'origine diverse : ils sont apparus soit à la naissance, soit lors de la petite enfance. L'âge de nos sujets s'étend de 26 à 35 ans.

Sujet 1 : Femme célibataire de 30 ans, poliomyélitique depuis l'âge de deux ans. Elle est placée dans un centre destiné aux personnes handicapées physiques. Elle n'a pas eu une scolarité complète.

Sujet 2 : Femme célibataire de 29 ans poliomyélitique depuis l'âge de deux ans. Elle vit chez ses parents et travaille dans une association de parents d'enfants handicapés.

Sujet 3 : Femme célibataire de 30 ans poliomyélitique depuis l'âge de deux ans et demi. Elle enseigne la couture au sein d'une association de personnes handicapées physiques.

Sujet 4 : Femme célibataire de 26 ans poliomyélitique depuis l'âge de deux ans. Elle a toujours vécu en centre spécialisé. Elle travaille de temps en temps comme secrétaire dans une maison de retraite.

Sujet 5 : Femme célibataire de 27 ans poliomyélitique depuis l'âge de deux ans et demi. Elle vit toujours en centre où elle fait un peu de secrétariat.

Sujet 6 : Femme célibataire de 30 ans, handicapée depuis la naissance (poliomyélitique). Elle a toujours vécu dans le milieu familial. Elle prend des cours de philosophie par correspondance.

Sujet 7 : Femme célibataire de 32 ans myopathe depuis la naissance. Elle a toujours vécu chez elle et a suivi une scolarité jusqu'au baccalauréat. Elle travaille actuellement comme secrétaire dans un centre d'insertion destiné aux personnes handicapées.

Sujet 8 : Femme de 30 ans myopathe depuis la naissance. Elle a toujours vécu chez elle et a suivi une scolarité jusqu'au baccalauréat.

Sujet 9 : Homme célibataire de 35 ans poliomyélitique depuis l'âge de deux ans. Il travaille dans un centre d'aide par le travail.

Sujet 10 : Homme célibataire de 33 ans poliomyélitique depuis l'âge de deux ans et demi. Il a suivi une scolarité jusqu'au baccalauréat. Actuellement, il travaille dans un centre d'aide par le travail.

Sujet 11 : Homme marié de 35 ans poliomyélitique depuis l'âge de deux ans. Il travaille comme secrétaire dans un centre d'insertion destiné aux personnes handicapées physiques.

Sujet 12 : Homme célibataire de 32 ans poliomyélitique depuis l'âge de dix-huit mois. Il a toujours vécu en famille. Il a suivi une scolarité jusqu'au baccalauréat.

Analyse des données des protocoles du Rorschach

Sur douze personnes handicapées physiques, cinq donnent des réponses G% légèrement inférieures à la moyenne normale. Ceci ne peut pas être considéré comme indicatif d'une caractéristique particulière des personnes ayant un handicap moteur.

Néanmoins, ce pourcentage pourrait témoigner chez les sujets concernés, de quelques difficultés à donner une unité à la tâche. On peut avancer l'hypothèse que la difficulté que ceux-ci éprouvent à percevoir leur corps autrement que morcellé, les amène à donner des réponses plus dispersées.

Comme pour les réponses G%, quatre (4) sujets ont un D% inférieur à la norme et un seul sujet a un D% supérieur à la norme.

Poussant nos hypothèses interprétatives, on dirait qu'un G% élevé accompagnant un D% faible témoignerait d'une tentative des sujets à compenser le handicap. Pour les sujets les découpes de la tâche n'ont pas de signification spécifique mais elles n'ont un sens que dans la mesure où elles sont en relation réciproque. Une telle attitude résulterait de l'impossibilité à percevoir son corps autrement que constitué de parties se complétant mutuellement.

Au niveau des réponses détails (Dd), la plupart des sujets donnent un pourcentage inférieur à la norme, chose courante dans les protocoles du Rorschach (Anzieu, et Chabert, 1983).

Concernant les réponses A%, 5 sujets donnent des réponses Kan et 3 sujets des réponses A. Plus précisément, les réponses Ad mettent en scène des parties du corps ou un animal. Les réponses A, peuvent, elles, signifier des difficultés d'identification, le sujet ne pouvant retrouver dans les tâches du test des formes humaines.

Du côté des réponses K ou Kan, 6 sujets donnent des protocoles qui ont un grand nombre de Kan. Ces réponses traduisent un infantilisme de la pensée ; des désirs du sujet qui n'ont pu trouver satisfaction du fait du handicap.

D'autres études (Chabert, 1983; Rausch, 1983) ont mis en évidence que les sujets ayant une activité physique débordante donnent peu de réponses kinesthésiques humaines (KH), alors qu'au contraire ceux qui ont une activité physique réduite donnent beaucoup de réponses K.

Sur dix (10) sujets, sept (7) ont un pourcentage de réponses humaines (H = 75%). Nous pouvons déduire qu'ils ont pu trouver un modèle d'identification et qu'ils se reconnaissent en tant qu'être humain. Les parties du corps humain (Hd) perçues dans la tâche sont celles qui présentent un intérêt particulier pour le sujet handicapé. Ces sujets, éprouvant des difficultés à s'identifier aux personnes valides, auront tendance à fournir moins de réponses H. En revanche, étant sensibilisés à certaines parties de leur corps, il donnent plus de réponses Hd. Aussi, six (6) sujets ont un rapport H/Hd supérieur à la norme, ce qui est significatif de préoccupations corporelles.

Aussi, neuf (9) sujets sur douze (12) ont un pourcentage de réponses F supérieur à la norme moyenne. Ceci témoignerait de relations distantes avec le monde environnant et avec eux-mêmes ; une distanciation résultant de la mise à l'écart du handicapé et qui le prive du contact humain. Il semble que notre hypothèse de départ, à savoir que les handicapés physiques donneraient davantage de réponses F, serait vérifiée.

Les mêmes sujets donnent un pourcentage de F+ très inférieur à la norme. Dix (10) sujets sur douze (12) répondent à ce critère. Ce pourcentage peu élevé, indique un moi faible dont les mécanismes de défense sont amoindris.

Témoignage

Sofia est une femme de 28 ans, poliomyélitique du côté gauche depuis l'âge de deux ans. Actuellement, elle travaille comme secrétaire dans une maison de retraite.

Pour Sofia, être handicapée c'est se sentir différente, limitée quant aux activités physiques. Être handicapée, c'est ne pas pouvoir réaliser tous ses désirs, tous ses projets. Être handicapée, c'est ne pas pouvoir suivre les autres, les valides.

Sofia nous dit : « notre famille nous considère comme des personnes à part. Ils nous surprotégent. Ils ne peuvent supporter la passivité d'une personne handicapée, ils font les choses à notre place ».

« Nous, les handicapés, dit Sofia, on sait que les parents ne sont pas coupables et l'on regrette toutes ces années d'accusation envers eux ». Pour Sofia, il faut distinguer deux catégories de handicapés physiques : ceux qui l'acceptent et ceux qui ne l'acceptent pas. Les premiers vivent « avec » ; ou plutôt, ils font « avec ». Ils adaptent leur quotidien à leur infirmité. Ils acceptent cette reconnaissance des faits et essaient d'avoir une vie « normale ».

Puis, il y a les autres : les handicapés qui

n'acceptent pas leur handicap. Ils se plaignent, ils ont l'air triste. Ils n'osent pas sortir de chez eux car ils ne veulent pas montrer leur corps « difforme ».

« Si le handicapé, dit Sofia, n'accepte pas son handicap, il vit dans un état de frustration quotidienne. Il a des difficultés à investir l'avenir. Si par contre, la personne handicapée accepte son handicap, elle essaiera de construire des projets, d'envisager le mariage, de trouver un travail ». L'avenir sera perçu de façon optimiste.

L'investissement de l'avenir permet au handicapé de dépasser la dépression, de s'intégrer à une vie « normale » et d'acquérir une relative autonomie.

Conclusion

L'objectif de notre travail a été de mettre en évidence la représentation que le sujet handicapé se fait de son propre corps. Nous avons utilisé une épreuve projective, le Rorschach, pour l'actualisation et l'étude, chez la personne handicapée physique de son image du corps et des éventuelles altérations de celle-ci.

En effet, une personne présentant un handicap physique depuis la naissance ou la toute première enfance, n'aura pas pu accomplir toutes les expériences sensori-motrices qui lui sont nécessaires afin de développer de façon harmonieuse sa personnalité (Stavrou, 1995). Ne pouvant se reconnaître dans l'autre, l'image corporelle de la personne handicapée ne peut s'élaborer selon les processus inhérents au développement psychogénétique. Cette image corporelle lui apparaît morcellée, difforme. Mais, si en dépit de la difficulté à assumer le handicap, l'individu peut modeler une image corporelle spécifique, il peut trouver en elle une unité et une identité corporelle propre (Fisher et Cleveland, 1958 ; Schilder, 1950).

L'étude des résultats obtenus au Rorschach a mis en évidence plusieurs caractéristiques propres à l'image corporelle. La conscience du sujet handicapé est davantage sensibilisée surtout par les détails des planches du test. Ceci apparaît à travers une adéquation au réel perturbée (F+% faible), une dominance des processus relationnels au détriment de la vie

Protocole du Rorschach de Sofia (29 ans, poliomyélitique)

I	V) Une personne sans nez et tête	G	F-	Hd	Détail latéral.
II	.) Deux têtes de chats qui s'embrassent	D	Kan	Ad	Parties lat. Noir.
III	.) Un papillon rouge	D	F+	Obj	Rouge Méd.
	V) Un rhinocéros sans pieds	D	F-	A	Rouge Sup.
IV	V) Une chauve-souris dans les montagnes	D	F+	A	Moitié inf.
V	V) Un papillon	G	F+	A	-
VI	.) Un éléphant dans la forêt	G	F+	A	Forêt : ligne médiane
VII	.) 2 hommes ou 2 femmes : le nez, la tête, les pieds ?	D	F+	Hd	2/3 Sup.
	.) Deux têtes ? Elles sont les mêmes ?	D d	FE	Ad	-
	Deux têtes d'animal ?				
	V) Un papillon qui vole ?	D	F+	A	Tiers inf.
VIII	V) Deux animaux qui courent ?	D	F+	A	Partie lat. Rose
	V) La forêt avec des fleurs ?	D	FC	Bot	Rose - bas
IX	V) Deux yeux, deux pieds ?	D/ dbl	F+	Ad	-
	V) La Grèce, notre pays !	D	F+	Geog.	Latér. vert.
	V) Un lion ou un ours ?	G	F+	A	Toute la planche
X	.) Des yeux ? ou une tête ?	D	F-	Hd	Méd. en bas
	V) Un homme qui ... travaille ?	D	K	(H)	Méd. en bas

affective (F% élevé) et une faible motricité (K% faible).

L'atteinte physique entraîne des préoccupations corporelles et une attention centrée à certaines parties du corps (Hd élevé).

Le handicap est un facteur inhibiteur de l'accès à l'imaginaire : les réponses kinesthésiques sont en nombre insuffisant. D'ailleurs, le faible nombre de réponses Anat ne révèle pas une projection corporelle propre au sujet handicapé.

Le travail présenté, mis à part l'intérêt qu'apporte l'utilisation d'un test projectif à l'étude de l'image corporelle, peut susciter un intérêt plus général eu égard à l'approche de sujets handicapés physiques. D'autres recherches peuvent se donner comme tâche l'étude, à travers le dessin et les tests d'intelligence, d'autres aspects de l'image corporelle chez les sujets ayant un handicap moteur, tels que l'espace, la cognition, les activités logicomathématiques de la pensée, l'étude comparative des protocoles d'un côté des personnes handicapées physiques depuis l'enfance et de l'autre côté des personnes étant devenues handicapés physiques à l'âge adulte, etc. Ainsi, une meilleure approche de cette population dans le cadre de l'éducation spéciale, où l'«humain » est considéré dans sa totalité (Gardou, 1995 ; Bideaud et all, 1980) pourrait s'amorcer.

Version originale : Français
Reçu en Juillet 1997
Accepté en Octobre 1997

Bibliographie

- Acredolo L.P. & Evans D. (1980). Developmental changes in the effect of landmarks on infant behaviour. Developmental psychology, 16, 312-318.
- Anzieu D. (1985). Le Moi-peau. Paris : Dunod.
- Anzieu D. & Chabert C. (1983). Les méthodes projectives. Paris : PUF.
- Beizman C. (1974). Manuel d'utilisation du Rorschach. Delachaux et Niestlé.
- Bideaud J., Colin C. & Lataillade C. (1980). La représentation du schéma topographique : étude comparée d'enfants handicapés et valides. Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence. 1-2, p. 3-11.
- Bideaud J., Colin C. & Lataillade C. (1980). La représentation du schéma topographique, étude comparée d'enfants handicapés moteurs et valides. Neuropsychiatrie de l'enfant et de l'Adolescence. 1-2, pp. 3-11.
- Cady S. (1988). Latéralité et image du corps chez l'enfant. Paris : Bayard.
- Chabert C. (1983). Le Rorschach en psychopathologie adulte. Paris : Dunod.
- Chevrie C. (1972). Troubles d'acquisition du langage dans l'infirmité motrice cérébrale. in C. Launy, S.Borel-Maissony. Troubles du langages, de la parole et de la voix chez l'enfant. Paris : Masson, pp. 171-202.
- Classification Internationale des Handicaps. C.T.N.E.R.H.I - INSERM. Diffusion PUF : Paris.
- Dague P. (1964). Problèmes psychopédagogiques posés par les enfants IMC. Revue d'Hygiène et de Médecine Scolaire et Universitaire, 1, 17-129.
- Dague P. (1972). De l'utilisation du test De Frosting chez les IMC et des programmes en éducation. Adaptation, 191, 62-68.
- Dolto F. (1984). L'image inconsciente du corps. Paris : Seuil.
- Fisher S. & Cleveland S.E. (1958). Body images and personality. Princeton, New York : Von Nostrand.
- Gardou Ch. (1995). L'éducation spécialisée, in G. Avanzini (Ed). La pédagogie aujourd'hui. Paris : Dunod, pp. 181-200.
- Gardou Ch. (1995). The intelligence and education of handicaped children according to Binet. Présentation au congrès international de psychologie. Athènes.
- Gardou Ch. (Ed) (1995). La gestion mentale en question. Lyon : Ed. Erès.
- Gibello B. (1984). L'enfant à l'intelligence troublée. Paris : Paidos-Centrurion.
- Goodenough-Trepagnier C. (1978). Development of a communication system for cerebral palsied children without articulate speech, in R.D. Cambell,

P.T. Smith. A language and mother child interaction. New York : Plenune press.

- Hamonet C. (1990). Les personnes Handicapées. Que sais-je ? Paris : PUF.
- Hamonet C. (1992). Handicaps dits moteurs et communication. Rééducation orthophonique, vol. 30. N° 171, pp. 251-259.
- Mittler P. (1973). Assesment for learning in the mentally handicaped. I.R.M.R. Churchill : Livingstone.
- Mittler P. (1976). The psychological assesment of mental and physical handicaps. London : Methuen et co.
- Mohalem A. (1994). Le profil du personnel d'encadrement dans les centres d'Aide par le travail, Revue Européenne du Handicap mental, vol 1, N° 2, pp. 26-33.
- Oleron P. et coll. (1981). Les enfants handicapés. Paris : PUF.
- Rausch de Traubenberg, Boizou, M.F., (1984). Le Rorschach en clinique infantile. Paris : Dunod.
- Reynell J.V. (1976). Children with physical handicaps. in Mittler P. The phsychological assesment of mental and physically handicaps. London : Metheuen et co.
- Sami-Ali. (1977). Corps réel, corps imaginaire. Paris : Dunond.
- Sami-Ali. (1990). Le corps, l'espace et le temps. Paris : Dunod.
- Shilder P. (1950). L'image du corps. Paris : Gallimard, 1968.
- Stavrou L. (1995). La pensée logique chez l'enfant déficient mental. Presses Universitaires de l'Université de Ioannina. Ioannina : Grèce.
- Stavrou L. (1990). Psychopédagogie des enfants déficients ou inadaptés. t.1. Athènes : Ed. Anthropos.
- Tardieu G. (1967). Nécessité d'un diagnostic et d'un traitement précoce de l'infirmité motrice cérébrale. Revue d'Hygiène et de Médecine sociale, 15, 71-80.
- Vanderheiden G.C. & Grilley K. (1976). Non vocal communication techniques and aids for the severly physically handicapped. Baltimore : Univ. Park. Press.
- Winnicott D.W. (1969). De la pédiatrie à la psychanalyse. Paris : Payot.